



Guatemala

Cada año mueren en el mundo más de 500,000 mujeres y niñas debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99 por ciento de estas muertes ocurren en países en desarrollo como Guatemala. Pero las muertes maternas sólo nos cuentan parte de la historia. Por cada mujer o niña que muere por causas relacionadas con el embarazo, de 20 a 30 desarrollarán en el corto y en el largo plazo incapacidades como fístula obstétrica, perforación del útero y enfermedad pélvica inflamatoria (véase recuadro en la página 2).

La razón de mortalidad materna en Guatemala está aún en un nivel inaceptablemente alto. Si bien las cifras de mortalidad materna varían ampliamente de acuerdo a la fuente y son altamente controvertidas, las mejores estimaciones para Guatemala sugieren que aproximadamente 1,100 mujeres y niñas mueren cada año debido a complicaciones del embarazo. Adicionalmente, otras 22,200 a 33,300 mujeres y niñas guatemaltecas sufrirán cada año incapacidades causadas por complicaciones durante el embarazo y parto.¹

La tragedia – y la oportunidad – es que la mayoría de estas muertes pueden prevenirse con servicios costo efectivos de atención de la salud. La reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas dependerá

de que se identifiquen y mejoren estos servicios, críticos para la salud de las mujeres y niñas de Guatemala, incluyendo atención prenatal, atención de emergencias obstétricas, atención postparto adecuada para las mujeres y sus bebés, y servicios de planificación familiar e ITS/VIH/SIDA. Con esta meta en mente, el Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (Maternal and Neonatal Program Effort Index, o MNPI) es una herramienta que los impulsores de la atención en salud reproductiva, los proveedores de servicios y los planificadores de programas pueden utilizar para:

- Evaluar los servicios de atención en salud actuales;
- Identificar fortalezas y debilidades de los programas;
- Planificar estrategias para abordar las deficiencias;
- Impulsar el apoyo político y popular a las acciones apropiadas; y
- Medir el progreso alcanzado en el tiempo.

Los programas de atención en salud para mejorar la salud materna deben tener el apoyo de políticas sólidas, capacitación adecuada de los proveedores y servicios de logística que faciliten la provisión de estos programas. Una vez establecidos los programas maternos y neonatales, todas las mujeres y niñas deberán contar con acceso a la totalidad de los servicios.

Guatemala en Cifras

Población a mitad del 2001	13 millones
Promedio de edad a la fecha del primer matrimonio, población femenina	19 años
Partos atendidos por personal calificado	41%
Índice de fertilidad total (promedio de hijos por mujer)	4.8
Mujeres dando a luz antes de los 20 años	45%
Infantes alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses	46%
Uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres casadas entre los 15 y los 49 años	31%
Política de aborto 2000	Prohibida, o permitida únicamente para salvar la vida de la mujer.

Fuentes: Population Reference Bureau – 2002 *Women of Our World*; 2001 *World Population Data Sheet*; *The World Youth, 2000*; y 1999 *Breastfeeding Patterns in the Developing World* (see <http://www.worldpop.org/datafinder.htm>).

Como comprender las causas de mortalidad y morbilidad maternas

La mortalidad materna se refiere a aquellas muertes causadas por complicaciones del embarazo o el parto. Estas complicaciones pueden surgir durante el embarazo o durante el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que sucumbe a la muerte materna, muchas más sufrirán heridas, infecciones e incapacidades derivadas de complicaciones del embarazo y el parto, como la fistula obstétrica.² Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mortalidad y morbilidad maternas pueden prevenirse con intervenciones en salud apropiadas.³

Algunas de las causas médicas directas de la mortalidad materna son las hemorragias o sangrados, las infecciones, los abortos inseguros, la hipertensión y los partos obstruidos. Otras causas incluyen los embarazos ectópicos, embolia y riesgos relacionados con el uso de anestesia.⁴ Condiciones como la anemia, diabetes, malaria, infecciones de transmisión sexual y otras pueden asimismo aumentar el riesgo de una mujer de experimentar complicaciones durante el embarazo y parto y, así, son causas indirectas de la mortalidad y morbilidad maternas. Dado que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto y en el período del postparto, la atención de emergencias obstétricas, la atención de los partos a cargo de personal competente, la atención post parto y el transporte a los establecimientos de salud cuando surgen complicaciones son componentes necesarios de las estrategias para reducir la mortalidad materna.⁵ A menudo estos servicios son particularmente limitados en las áreas rurales, de manera que deben tomarse medidas especiales para incrementar la disponibilidad de servicios en estas áreas.

Los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas deben abordar asimismo los factores sociales y culturales que tienen impacto en la salud de las mujeres y en su acceso a los

servicios. El bajo estatus de las mujeres en la sociedad, la falta de acceso y control sobre los recursos, oportunidades educativas limitadas, la mala nutrición y la falta de poder de decisión contribuyen significativamente a que los embarazos tengan resultados adversos. Las leyes y políticas, como aquellas que requieren que una mujer necesite la autorización de su pareja o sus padres, pueden igualmente desalentar a las mujeres y niñas a buscar los servicios de atención en salud que necesitan – particularmente si son de naturaleza delicada como la planificación familiar, la atención de abortos o el tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

El matrimonio temprano es una de las prácticas tradicionales que afectan la salud materna. Muchas mujeres en los países en desarrollo se casan antes de los 20 años. Los embarazos en mujeres adolescentes, cuyos cuerpos aún están creciendo y desarrollándose, ponen a las madres y a sus bebés en riesgo de tener consecuencias de salud negativas.

Las consecuencias de la mortalidad y morbilidad maternas no afectan solamente a las mujeres, sino también a sus familias y comunidades. Los niños y niñas que pierden a sus madres experimentan un mayor riesgo de muerte y de otros problemas, como la desnutrición. La pérdida de vidas de mujeres durante sus años más productivos también implica una pérdida de recursos para la sociedad en su conjunto.

Asegurar una maternidad segura requiere reconocer y apoyar los derechos de las mujeres y niñas de llevar vidas saludables, en las que cuenten con control sobre los recursos y decisiones que tienen impacto sobre su salud y su seguridad. Requiere hacer conciencia de las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, proveer acceso a servicios de salud de alta calidad (prenatales, del parto, postparto, planificación familiar, etc.) y eliminar prácticas perniciosas.

Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal (MNPI)

En 1999, alrededor de 750 expertos en salud reproductiva evaluaron y calificaron los servicios de salud materna y neonatal en 49 países en desarrollo.⁶ Los resultados de este estudio componen el MNPI, que proporciona puntajes para los servicios relevantes tanto a nivel internacional como en países específicos. El índice utiliza una metodología probada para la calificación de programas y servicios.⁷ De 10 a 25 expertos de cada país – todos familiarizados con los programas nacionales de salud materna, pero no directamente responsables por los mismos – calificaron 81 aspectos individuales de los servicios de salud materna y neonatal en una escala de 0 a 5. A continuación cada calificación se multiplicó por 20 para obtener un índice de 0 a 100, en el que el 0 indica un bajo puntaje y el 100 indica un alto puntaje.

Los 81 ítems se clasifican en 13 categorías:

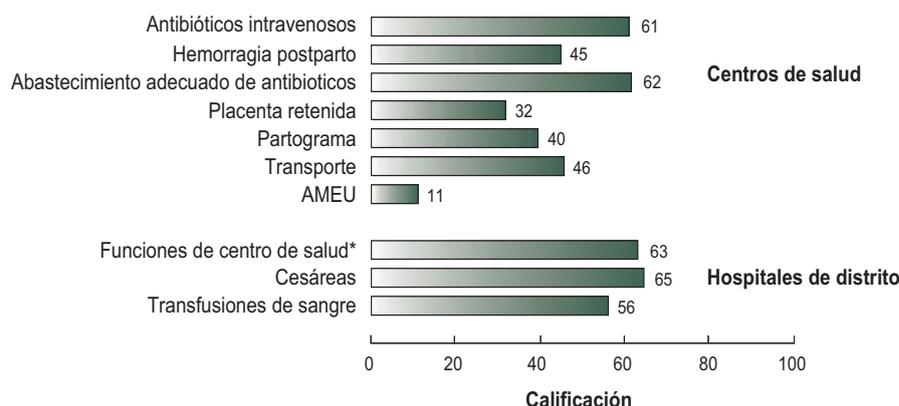
- Capacidad de los centros de salud;
- Capacidad de los hospitales distritales;
- Acceso a los servicios;
- Atención prenatal;
- Atención del parto;
- Atención del recién nacido;
- Servicios de planificación familiar en los centros de salud;
- Servicios de planificación familiar en los hospitales de área;
- Políticas para la seguridad del embarazo y el parto;
- Recursos;
- Promoción de la salud;
- Capacitación del personal; y
- Monitoreo e investigación.

Los ítems en estas categorías pueden ser agrupados en cinco tipos de esfuerzos programáticos: capacidad de servicio, acceso, atención recibida, planificación familiar y funciones de apoyo. Las siguientes cinco gráficas, organizadas por tipo de esfuerzo de programa, presentan los indicadores significativos del estudio en Guatemala.

Capacidad de servicio

En total, la capacidad de Guatemala de proveer atención de emergencias obstétricas recibió un puntaje de 52 sobre 100. La Gráfica 1 muestra las calificaciones de la capacidad de los centros de salud y hospitales de área de proveer servicios específicos. Los servicios con mayor disponibilidad en los centros de salud en Guatemala son un adecuado abastecimiento de antibióticos (62) y la capacidad de administrar antibióticos por vía intravenosa (61), en tanto que la capacidad de proporcionar aspiración manual endouterina (AMEU) para atención postaborto (11) es el servicio menos disponible. Los hospitales de área recibieron puntajes moderados por cumplir cierto número de funciones de los centros de salud (63) y realizar cesáreas (65). Las transfusiones de sangre (56) son el servicio menos disponible en los hospitales de área de Guatemala. Ambos, centros de salud y hospitales, recibieron por lo general puntajes menores a los alcanzados por los servicios de otros países en la región de Latinoamérica y El Caribe.

Gráfica 1. Capacidad de servicio de centros de salud y hospitales de distrito en Guatemala

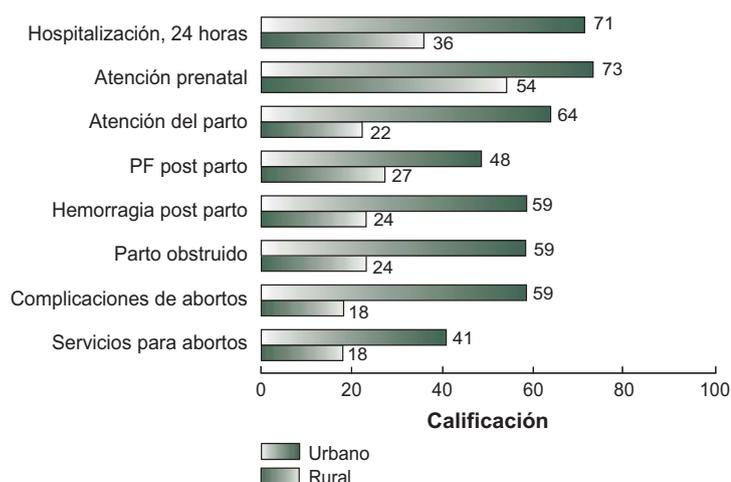


*Se refiere a todas las funciones desempeñadas por el centro de salud.

Acceso

En la mayoría de los países en desarrollo, el acceso a servicios de maternidad segura en las áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas. Este aspecto es de particular importancia para Guatemala, ya que la mayoría (61 por ciento) de su población vive en áreas rurales.⁸ En general, Guatemala recibió un puntaje de 43 en lo relativo al acceso, con un promedio de 28 para acceso rural y 59 para acceso urbano. La Gráfica 2 presenta los puntajes rural y urbano para ocho servicios. En cada una de estas áreas de servicio existen amplias brechas entre los puntajes de acceso rural y urbano. Los puntajes de acceso rural oscilan entre 18 puntos para el tratamiento de complicaciones del aborto y servicios para aborto seguro, hasta 54 para atención prenatal – lo que sugiere una urgente necesidad de incrementar el acceso a una variedad de servicios. Aún si se considera sólo el acceso urbano, la mayoría de servicios recibieron sólo puntajes moderados, indicando que existe un amplio campo para mejoras.

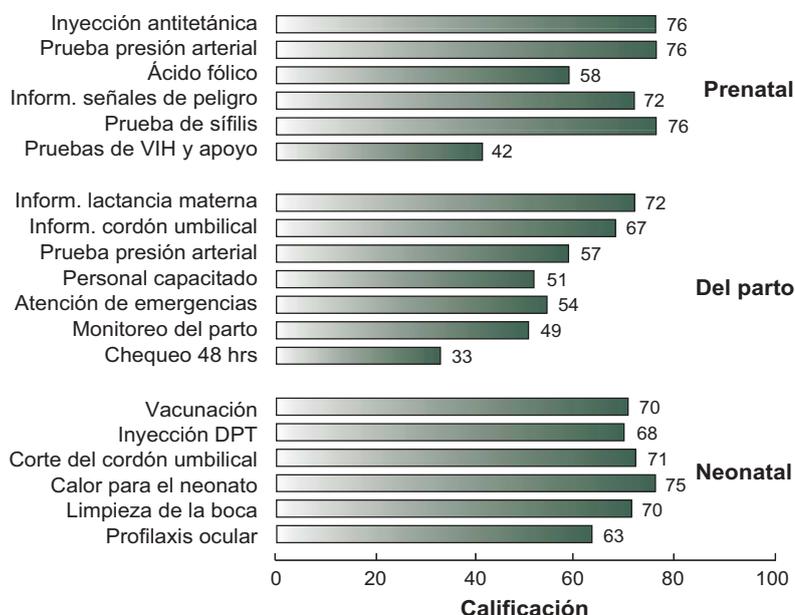
Gráfica 2. Comparación del acceso a servicios en áreas rurales y urbanas en Guatemala



Atención recibida

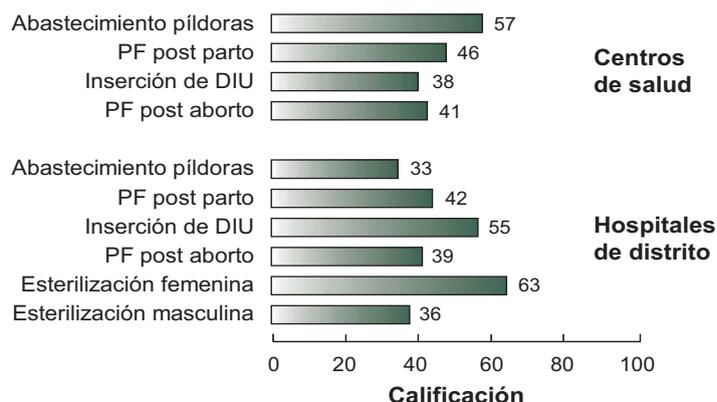
En la mayoría de países, la atención neonatal recibe puntajes mayores que la atención del parto o prenatal, y este es también el caso de Guatemala. En total, la atención recibida obtuvo un puntaje de 62. La atención neonatal recibió un puntaje promedio de 69, comparado con 61 para la atención prenatal y 54 para la atención del parto. La Gráfica 3 presenta indicadores clave para cada tipo de atención. Uno de los indicadores más importantes para la mortalidad materna es la presencia de personal calificado durante el parto,⁹ la cual recibió un puntaje de 51. Otros elementos cruciales para reducir la mortalidad materna son la atención de emergencias obstétricas, que recibió un puntaje de 54, y el chequeo en un lapso de 48 horas post parto, que recibió el puntaje más bajo, de 33. La administración de pruebas para la medición de la presión arterial (76), las inyecciones antitetánicas (75) para las embarazadas y la provisión de calor para los recién nacidos (75) recibieron los puntajes más altos.

Gráfica 3. Atención prenatal, del parto y del neonato en Guatemala



Planificación familiar

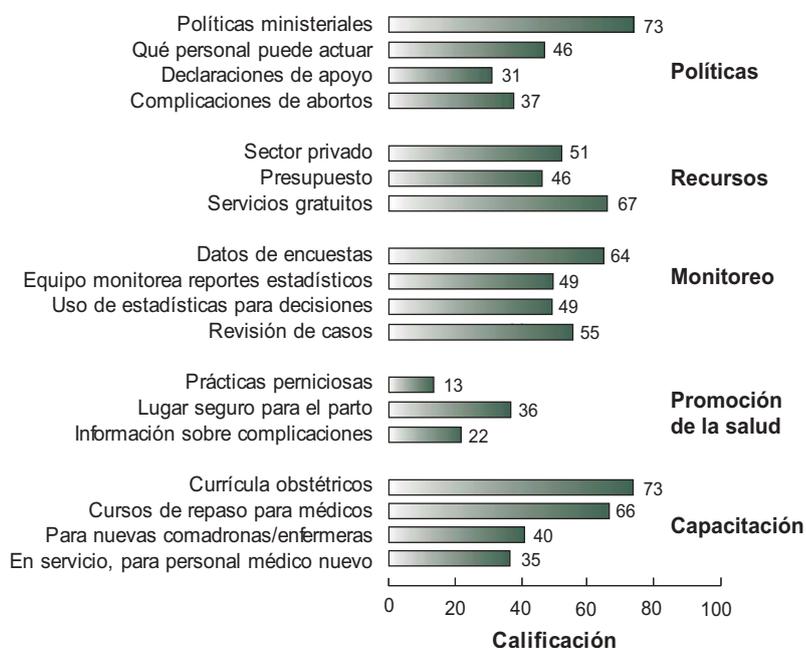
Gráfica 4. Provisión de servicios de planificación familiar en centros de salud y hospitales de distrito en Guatemala



Los servicios de planificación familiar que proveen los centros de salud y los hospitales de área en Guatemala recibieron en conjunto un puntaje de 43. La Gráfica 4 presenta los puntajes para servicios individuales de planificación familiar provistos por centros de salud y hospitales de área. Estos puntajes consideran la capacidad de los establecimientos, el acceso y la atención recibida. El servicio que recibió mayor puntaje en los centros de salud fue el contar con abastecimiento de píldoras anticonceptivas (57), en tanto que este servicio recibió el puntaje más bajo en los hospitales (33). Los hospitales de área recibieron los puntajes más altos por los servicios de esterilización femenina (63) y la inserción de DIU (55), mientras que en los centros de salud la inserción de DIU recibió el puntaje más bajo (38).

Funciones de política y apoyo

Gráfica 5. Políticas y servicios de apoyo en Guatemala



Las funciones de política y apoyo en Guatemala recibieron un puntaje general de 47. Los puntajes para funciones de apoyo, que se muestran en la Gráfica 5, se dividen en las categorías siguientes: políticas, recursos, monitoreo e investigación, promoción de la salud y capacitación. En relación al resto de funciones de apoyo, las políticas recibieron puntajes moderados. La política a nivel ministerial en Guatemala en lo que a salud materna se refiere recibió un puntaje relativamente alto de 73. El compromiso hacia esta política y hacia la maternidad segura, sin embargo, necesita reforzarse con declaraciones a la prensa y al público más frecuentes por parte de funcionarios gubernamentales de alto nivel – aspecto de las políticas que recibió el puntaje más bajo, de 31. Otro aspecto con bajo puntaje fue contar con una política para el tratamiento de las complicaciones del aborto (37).

La adopción de las políticas no se traduce automáticamente en la existencia de servicios de calidad en el nivel local. Muchas de las funciones de apoyo en Guatemala, incluyendo recursos, monitoreo, promoción de la salud y capacitación, precisan un mayor desarrollo. Los puntajes del presupuesto gubernamental y los recursos del sector privado, que recibieron respectivamente puntajes de 46 y 51, se encuentran por debajo de la disponibilidad de servicios gratuitos (67). Los puntajes sugieren asimismo que Guatemala necesita

mejorar las capacidades para el monitoreo y la investigación, en particular el monitoreo normal a nivel nacional y el análisis de reportes estadísticos (49) y en el uso de información estadística para la toma de decisiones (49).

La promoción de la salud y la educación de la población son complementos importantes de la provisión de servicios de salud. Temas como el de prácticas perniciosas (13), complicaciones del embarazo (22) y prácticas seguras para el parto (36) requieren atención en Guatemala. Los medios de comunicación deben usarse para educar al público sobre el embarazo y parto seguros, y las organizaciones de base comunitaria deberían apoyar estos esfuerzos por medio de programas sistemáticos.

Finalmente, la educación y la capacitación de profesionales de la salud es parte integral de la provisión de atención de calidad y de la prevención de las muertes y enfermedades maternas. Si bien los puntajes sugieren que los currícula se han desarrollado en grado razonable (73), la capacitación en Guatemala recibe por lo general puntajes moderados. El área de capacitación en servicio para el personal médico de reciente contratación (35) recibió el puntaje más bajo.

Comparaciones globales

En general, los expertos califican los servicios de salud materna y neonatal en Guatemala con un puntaje de 50, comparado con un promedio de 56 para los 49 países incluidos en el estudio del MNPI. Este puntaje coloca a los servicios de Guatemala en el 38° lugar entre los 49

países. Entre los trece países en desarrollo estudiados en la región de Latinoamérica y el Caribe,¹⁰ los servicios de Guatemala quedan en el 12° lugar. Si bien las comparaciones entre países deben hacerse con cierto grado de precaución – dada la naturaleza subjetiva de las opiniones y evaluaciones de los expertos en los distintos países – estas comparaciones pueden ayudar a los impulsores de la atención materna y a los proveedores en Guatemala a identificar áreas de acción prioritarias. Es también importante tener presente que los puntajes promedio pueden ocultar las diferencias regionales al interior de un país.

El Cuadro 1 compara los puntajes de Guatemala con los promedios globales alcanzados en nueve aspectos seleccionados del MNPI. Este cuadro muestra que los puntajes de Guatemala para los servicios de salud materna y neonatal en algunas áreas clave se encuentran por debajo del promedio global. Las disparidades entre la medición global y la de Guatemala radican en el acceso a servicios de maternidad segura en el área rural (39 vs. 28, respectivamente), el acceso urbano (68 vs. 59) y el chequeo en las 48 horas posteriores al parto (41 vs. 33). Guatemala obtuvo mejor puntaje que el promedio global solamente en una categoría: la de consejería y prueba voluntaria para VIH (42 vs 30, respectivamente). Los puntajes más altos en Guatemala son para las políticas de salud materna (73), el apoyo a la lactancia materna (72) y la vacunación (71). Los indicadores que recibieron los puntajes más bajos en Guatemala – y que quizás requieren atención urgente – son el acceso rural a servicios de maternidad segura (28) y el chequeo en las 48 horas posteriores al parto (33).

Cuadro 1: Comparación de los puntajes MNPI entre Guatemala y el mundo para ítems selectos, 1999

Indicadores de Servicios Maternos y Neonatales	Evaluación Global (promedio de 49 países)	Guatemala
Acceso a servicios de maternidad segura para mujeres embarazadas*		
Acceso rural	39	28
Acceso urbano	68	59
Capacidad de recibir atención de emergencias obstétricas	55	54
Citas para chequeo en las 48 horas postparto	41	33
Vacunación**	76	71
Se alienta a iniciar la lactancia materna	74	72
Se ofrece consejería y prueba voluntaria de VIH	30	42
Planificación familiar postaborto	54	40
Política de salud materna adecuada	72	73
Recursos presupuestarios adecuados	48	46
Puntaje general para todos los ítems	56	50

*Se refiere a puntajes compuestos para todos los ítems de acceso rural y urbano.
 **Se refiere a una combinación de tres ítems de vacunación: vacuna antitetánica para las madres, DPT y otras vacunas calendarizadas.

Resumen

Los puntajes del MNPI indican que Guatemala cuenta con una política nacional relativamente fuerte para la maternidad segura y que se han desarrollado en grado razonable los currícula para la capacitación del personal de salud. Ahora el país debe asegurar que estos esfuerzos se traduzcan en servicios y programas accesibles y de calidad en el nivel local. Los puntajes sugieren que las mujeres, en general, tienen un acceso razonable a ciertos tipos de servicios, incluyendo atención prenatal (Ej., vacuna antitetánica) y atención del neonato (Ej., vacunación, calendarios de vacunación). Sin embargo, existen grandes disparidades en el acceso rural y urbano a muchos servicios. Más aún, las mujeres en

todas las regiones del país necesitan acceso a atención del parto mejorada, incluyendo presencia de personal calificado durante el parto, un chequeo en las 48 horas posteriores al parto y atención de emergencias obstétricas. Asimismo, las mujeres necesitan acceso a servicios de planificación familiar mejorados. La consejería y pruebas de VIH es también en extremo limitada, lo que representa una preocupación dado que casi el 1.5 por ciento de la población adulta de Guatemala (15 a 49 años) vive con VIH/SIDA.¹¹ Finalmente, como en la mayoría de países, los servicios de atención en salud materna y neonatal enfrentan carestías en los presupuestos – tanto del sector público como del privado – que restringen la expansión de los servicios para satisfacer en forma adecuada las necesidades de las mujeres.

Áreas de acción prioritarias

Las siguientes intervenciones han probado mejorar la salud materna y neonatal y deberían considerarse entre los esfuerzos que en Guatemala se realicen para fortalecer las políticas y programas de salud materna y neonatal.

Aumentar el acceso a servicios de salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, especialmente en áreas rurales.

Debido a la falta de acceso a la atención en salud en las áreas rurales, la mortalidad materna es más alta en estas áreas que en las urbanas. Además, muchos hombres y mujeres en áreas urbanas y rurales carecen de acceso a información y servicios relacionados con el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Fortalecer las políticas de salud reproductiva y planificación familiar y mejorar la planificación y asignación de recursos.

Si bien los puntajes del MNPI muestran que muchos países cuentan con sólidas políticas de salud materna, la implementación de estas políticas puede ser inadecuada. A menudo los recursos disponibles son insuficientes o se usan en forma ineficiente. En algunos casos, el *advocacy* puede fortalecer las políticas e incrementar la cantidad de recursos que se dedican a salud reproductiva y planificación familiar. En otros casos, las barreras operativas de políticas – barreras de política a la implementación y financiamiento pleno de la salud reproductiva y la planificación familiar – deben eliminarse.

Incrementar el acceso y la educación en planificación familiar.

Otro rasgo que se relaciona íntimamente con la prevención de la mortalidad materna es la provisión de planificación familiar. La planificación familiar ayuda a las mujeres a prevenir embarazos no deseados y espaciar los nacimientos de sus hijos e hijas. Así, reduce su exposición a los riesgos del embarazo, aborto y parto. La provisión confiable de una variedad de métodos anticonceptivos puede ayudar a prevenir las muertes maternas asociadas con los embarazos no deseados.

Incrementar el acceso a atención prenatal de calidad.

La atención prenatal de alta calidad incluye pruebas y tratamientos para ITS, anemia y detección y tratamiento de la hipertensión. Las mujeres deben recibir información sobre una dieta apropiada y otras prácticas saludables y sobre dónde buscar atención para las complicaciones del embarazo. El paquete de servicios prenatales que recomienda la Organización Mundial de la Salud puede aplicarse en cuatro visitas de control prenatal durante todo el embarazo.

Incrementar el acceso a atención del parto por parte de personal calificado.

El parto es un momento crítico en el que deben tomarse decisiones sobre complicaciones serias e inesperadas. El personal calificado – profesionales de la salud como doctores y parteras – puede reconocer estas complicaciones y tratarlas o referirlas inmediatamente a hospitales o centros de salud si se necesita una atención más avanzada. Las mujeres en áreas rurales viven a mayores distancias de los lugares donde pueden obtener atención obstétrica de calidad, de manera que las mejoras dependen en gran medida del reconocimiento oportuno de las complicaciones, de mejorar la provisión de tratamientos de emergencias, y de una logística mejorada para el traslado rápido de los casos con complicaciones a los hospitales de área. Incrementar la cobertura médica de los partos con personal calificado y puntos de servicio adicionales es un requerimiento básico para mejorar la atención del parto. También es crítico contar con líneas de abastecimiento confiables y programas de actualización del personal.

Proporcionar rápidamente atención post parto, consejería y acceso a planificación familiar.

Es importante detectar y abordar inmediatamente los problemas que pueden presentarse después del parto, como las hemorragias, que son las responsables de cerca del 25 por ciento de las muertes maternas en todo el mundo. La atención y consejería post parto contribuirán a asegurar que el recién nacido reciba la atención en salud apropiada. La consejería deberá incluir información sobre lactancia materna, vacunación y planificación familiar.

Mejorar la atención post aborto. Cerca del 13 por ciento de las muertes maternas en el mundo se debe a abortos en condiciones inseguras. Las mujeres que experimentan complicaciones derivadas del aborto necesitan acceso a tratamiento rápido y de calidad de las infecciones, hemorragias y heridas de la cervix y el útero.

Fortalecer las actividades de promoción de la salud.

Los medios de comunicación deben usarse para educar al público sobre el embarazo y parto, y las organizaciones de base comunitaria deben apoyar esto por medio de programas sistemáticos. Un paso importante en la promoción de la salud, para prevenir resultados negativos en la salud materna, es que el Ministerio de Salud provea materiales educativos adecuados sobre prácticas seguras.

Referencias

- ¹ La fuente son las estimaciones de mortalidad materna para 1995 de OMS/UNICEF/FNUAP. Véase Hill, Kenneth, Carla AbouZahr, y Tessa Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995", *Bulletin of the World Health Organization* 79 (3), 182-193.
- ² La fístula obstétrica ocurre como resultado de un parto prolongado y con obstrucción, el cual, a su vez, se ve complicado por la presencia de la mutilación genital femenina. La presión causada por la obstrucción daña los tejidos de los pasajes internos de la vejiga y el recto y, cuando no hay acceso a intervenciones quirúrgicas, la mujer puede experimentar incontinencia permanente, siendo en adelante incapaz de retener la orina y las heces, que se filtran a través de la vagina. (Comunicado de Prensa, FNUAP, julio 2001.)
- ³ MEASURE Communication. 2000. *Making Pregnancy and Childbirth Safer*. (Policy Brief) Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible en: <http://www.prb.org/template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2824>
- ⁴ Organización Mundial de la Salud, 2001. *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/RHR_01_05_table_of_contents_en.html
- ⁵ Dayaratna, V., W. Winfrey, K. Hardee, J. Smith, E. Mumford, W. McGreevey, J. Sine y R. Berg. 2000. *Reproductive Health Interventions: Which Ones Work and What Do They Cost?* (Occasional Paper No.5) Washington, DC: The POLICY Project. Disponible en: <http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-05.pdf>
- ⁶ El MNPI fue realizado por el Futures Group International, con el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), a través del MEASURE Evaluation Project. Para más información sobre el MNPI, véase Bulatao, Rodolfo, A., y John A. Ross. 2000. *Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation Project, University of North Carolina, Carolina Population Center.
- ⁷ Esta metodología para evaluar políticas y programas fue desarrollada en un principio para la planificación familiar, y también se ha utilizado para el VIH/SIDA. Ver Ross, J. A., y W. P. Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-1994." *Studies in Family Planning* 27 (3): 137-147. Véase también UNAIDS, USAID, y POLICY Project. 2001. "Measuring the Level of Effort in the National and International Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API)." Geneva: UNAIDS.
- ⁸ Population Reference Bureau. 2001. *World Population Data Sheet 2001*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Disponible en: http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/sheet4.html
- ⁹ En el formulario de encuesta MNPI, se usó el término "capacitado" debido a que es empíricamente correcto para el informante, en tanto que "calificado" es más subjetivo. Preguntar a los informantes sobre niveles de calificación requeriría que juzgaran la calidad probable de la capacitación original y el deterioro de las capacidades con el correr del tiempo. Si bien conocer la calificación del personal es más importante, arroja más subjetividad en los datos, y objetivamente las capacidades no fueron medidas.
- ¹⁰ Los países en la región Latinoamérica y El Caribe que se incluyeron en este índice son: Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.
- ¹¹ Véase UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2000*. Disponible en: http://www.unaids.org/epidemic_update/report/Epi_report.htm

Para mayor información

Se ha enviado a los países participantes un set completo de resultados, incluyendo datos e información más detallados. Para mayor información, póngase en contacto con:

The Maternal Health Study (MNPI)
Futures Group
80 Glastonbury Blvd.
Glastonbury, CT 06033 USA

E-mail: j.ross@fgi.com
Fax: J.Ross +1 (860) 657-3918
Website: <http://www.futuresgroup.com>

Este informe fue preparado por el POLICY Project. POLICY está subvencionado por USAID y su implementación está a cargo de Futures Group, con la colaboración del The Centre for Development and Population Activities (CEDPA – Centro de Actividades para la Población y el Desarrollo) y el Research Triangle Institute (RTI – Instituto de investigación Triangle).